

L'évolution récente de la mortalité. Des performances qui l'emportent sur les déceptions

Laurent Roy

Volume 12, numéro 1, avril 1983

La mortalité

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/600487ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/600487ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Roy, L. (1983). L'évolution récente de la mortalité. Des performances qui l'emportent sur les déceptions. *Cahiers québécois de démographie*, 12(1), 1–6.
<https://doi.org/10.7202/600487ar>

L'EVOLUTION RECENTE DE LA MORTALITE. DES PERFORMANCES QUI L'EMPORTENT SUR LES DECEPTIONS

Laurent ROY*

Après le recul important de la mortalité depuis les années trente jusque dans les années cinquante, la période qui suivit parut bien terne à ceux qui oeuvrent dans le domaine de la santé ou s'y intéressent, tant les progrès étaient faibles. Cette phase de stagnation devait cependant prendre fin au début des années soixante-dix. Pendant que politiciens et planificateurs de la santé s'étonnaient encore du peu de succès des systèmes de soins et de santé à faire reculer les causes pathologiques les plus meurtrières, voilà que la mortalité se remettait à décliner. En calculant de nouvelles tables de mortalité pour l'année 1980, on se rendit compte que la reprise était bien réelle, et que les gains d'espérance de vie obtenus au cours de la seconde moitié de la décennie soixante-dix se comparaient même à ceux réalisés dans les années cinquante (tableau 1). Ces trois phases dans l'évolution de la mortalité - important recul - stagnation - nouveau recul, si elles caractérisent le Québec de 1930 à 1980, s'appliquent aussi à la plupart des pays industrialisés (Conseil de l'Europe, 1981).

De tous les groupes de la population, les enfants âgés de moins d'un an et les jeunes de moins de 15 ans auront été ceux qui au cours des périodes considérées, ont le plus profité du recul de la mortalité. Par ailleurs, les jeunes âgés de 15 à 25 ans ont eu à faire face à des risques importants. Ils ont bien sûr profité de la "révolution des antibiotiques" dans les années quarante et cinquante, mais la montée de la motorisation et les rapides changements sociaux et économiques ont contribué à la détérioration de leurs chances de survie dans les années soixante. D'autres groupes ont aussi éprouvé des problèmes au cours de cette dernière décennie. A cause du développement rapide de l'industrialisation et du peu d'attention apporté aux effets de celle-ci sur l'environnement et sur la santé des individus, les travailleurs et plus largement les adultes de sexe masculin ont souffert de conditions telles que, loin d'améliorer leur durée de vie, ils ont subi des reculs. De pareils insuccès, aux mêmes étapes de la vie, ont été rapportés par la plupart des pays développés et ce, au cours de la même décennie. Ce sont donc les problèmes éprouvés par les hommes adultes, mais aussi par les jeunes (15-24 ans) qui ont principalement contribué à la stagnation de l'espérance de vie dans les années soixante.

* Conseil des affaires sociales et de la famille.

TABLEAU 1

Espérance de vie à la naissance et gain annuel moyen,
selon le sexe, Québec, 1930-1932 à 1979-1980

Période	Espérance de vie à la naissance		Période	Gain annuel moyen en espérance de vie (en années)	
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes
1930-32	56,19	57,80			
1940-42	60,18	63,07	1931-41	0,40	0,53
1950-52	64,42	68,58	1941-51	0,42	0,55
1955-57	66,13	71,02	1951-56	0,34	0,49
1960-62	67,28	72,77	1956-61	0,23	0,35
1965-67	67,88	73,91	1961-66	0,12	0,23
1970-72	68,28	75,25	1966-71	0,08	0,27
1975-77	69,05	76,72	1971-76	0,16	0,29
1979-80	70,31	78,23	1976-80	0,36	0,43

Source: Pour 1930-1932 à 1970-1972: Statistique Canada, Tables de mortalité, Canada et provinces.

Pour 1975-1977: Service des études de la population, Direction générale de la planification, Ministère des Affaires sociales.

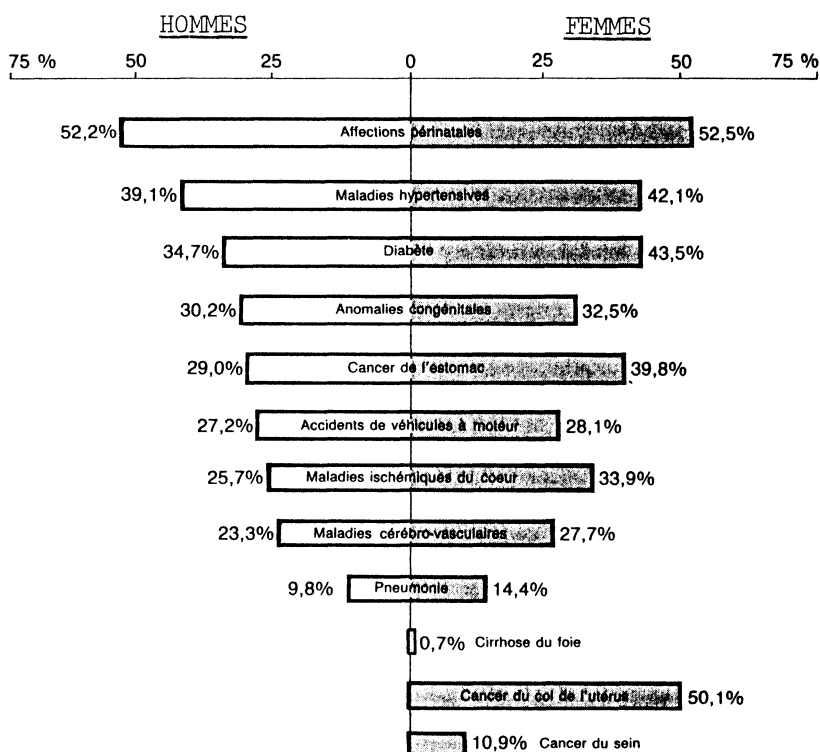
Pour 1979-1980: Calculs du Conseil des Affaires sociales et de la famille à partir des données du Registre de la population.

Le fait nouveau propre aux années soixante-dix, c'est que, hommes et femmes, à tous les âges, ont vu leurs chances de survie s'améliorer. Ce n'est plus seulement auprès des jeunes qu'on a réussi à marquer des points, mais aussi auprès des jeunes adultes, des personnes d'âge actif et de la population âgée. Ce dernier groupe, il faut le noter, a connu entre 1971 et 1981 des gains d'espérance de vie comme il n'en avait pas connu depuis 1930. Des gains semblables, dans ce groupe, ont été relevés dans la plupart des pays industrialisés.

Quelles causes de décès sont donc responsables du déclenchement de la baisse récente des taux de mortalité? Si la hausse de l'espérance de vie dans les années cinquante s'explique par les succès remportés dans la lutte contre les maladies infectieuses, les progrès récents s'expliquent, quant à eux, en bonne partie par la régression des risques de décès par maladies du coeur, de même que par accidents de véhicules à moteur. Bien sûr, pour une majorité de causes, les risques de décès se sont atténués (graphique 1), mais à elles seules, les maladies ischémiques du coeur et les accidents sont

FIGURE 1

Variation à la baisse (%) des principales causes de décès
selon le sexe, 1971-1980, Québec



SOURCE: Laurent Roy, Des victoires sur la mort. Collection "La Santé des Québécois", Conseil des Affaires sociales et de la famille, p. 36.

responsables de près de 60% de la baisse totale de la mortalité au cours de la décennie soixante-dix. D'importants efforts ont été consentis pour réduire les effets meurtriers des principales maladies.

Les pays qui accusaient les plus forts taux de mortalité par maladies du coeur (Canada, Etats-Unis, Finlande, Australie) sont ceux-là même qui ont enregistré les plus fortes baisses (Ducimetière, 1981). De même la majorité des pays industrialisés qui avaient pris des mesures pour réduire les accidents de la route ont connu des succès. Même si le cancer en général semble résister à tous les efforts pour le vaincre, certains types deviennent moins meurtriers. Ainsi, par exemple, grâce aux examens périodiques auxquels se soumettent les femmes, les risques de mourir du cancer du col de l'utérus se réduisent rapidement avec le temps. Le cancer de l'estomac a perdu aussi beaucoup de son importance. La réduction graduelle du tabagisme chez les hommes depuis 1965 commence à produire ses effets sur le cancer du poumon. Si les taux de mortalité par cancer sont globalement toujours à la hausse, le rythme d'augmentation s'est cependant grandement affaibli. S'ils ont peu contribué à la baisse de la mortalité, les changements dans l'évolution de ces cancers n'en représentent pas moins des pas importants dans la bonne direction.

Si on juge la dernière décennie par l'allongement de la durée de vie des individus, le bilan peut être qualifié de positif et prête même à l'optimisme pour l'avenir. Il permet de démontrer qu'il est possible d'influer même sur les causes de décès les plus irréductibles si l'on consent les efforts nécessaires.

Mais le bilan ne peut être complet sans un regard sur les inégalités entre les sexes et sur les inégalités entre les groupes socio-économiques. Le recul notable des décès dus aux causes traditionnellement responsables de la forte surmortalité masculine (accidents, appareil circulatoire) n'a pas réussi à stopper le mouvement à la hausse des écarts entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes. Et à ce chapitre, si la performance des pays industrialisés est peu reluisante, celle du Québec l'est encore moins. Cette dernière province détient un des taux de surmortalité masculine les plus élevés au monde (Roy, 1983). Si l'industrialisation a semblé, sur le plan de la mortalité, défavoriser davantage l'homme que la femme, certains pays industrialisés contrôlent quand même mieux que d'autres les inégalités de mortalité entre les sexes. Ainsi, le Japon qui est en voie de surclasser tous les pays par son espérance de vie et qui par surcroît est un des pays les plus industrialisés ne compte qu'un écart de 5,4 années entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et celle des femmes. L'écart est de 7,9 ans au Québec, 7,8 aux Etats-Unis et 8,3 en France.

Des inégalités inacceptables persistent aussi entre les catégories socio-professionnelles, entre les riches et les pauvres, entre les groupes ethniques etc. Par des investissements majeurs dans le système de soins, par l'accès universel et gratuit aux soins médicaux, on croyait bien pouvoir arriver à niveler les disparités entre les différents groupes qui composent la population. Mais il semble bien que la réduction des inégalités doive s'opérer à un autre

niveau; les conditions de travail difficiles et stressantes, les modes et habitudes de vie néfastes, se concentrent en effet dans les groupes même qui souffrent d'une surmortalité relative. En outre, c'est dans ces mêmes groupes que la consultation médicale préventive fait le plus défaut.

Au problème persistant des inégalités qui assombrit le bilan positif de l'évolution récente de la mortalité, s'ajoute le problème de la montée des maladies invalidantes qui résulteraient d'une prolongation de la vie (Dillard, 1983). La restriction des activités augmente très rapidement avec l'âge, tant en fréquence qu'en gravité. C'est pourquoi les tendances récentes de la mortalité posent un dilemme: faut-il accroître à tout prix la durée de vie sans se préoccuper de la qualité des années gagnées? Il semble qu'on devra associer à la lutte constante contre la mort prématurée un nouvel objectif qui viserait à maintenir la population en bonne santé. Autrement, il faut craindre que le fardeau des maladies chroniques et leurs conséquences sur l'activité quotidienne des individus ne compromettent la qualité de la vie au cours des années de vie gagnées. Aussi doit-on entreprendre de vaincre l'usure précoce, l'inadaptation et le stress et de réduire les pressions de la vie de tous les jours qui affectent la santé et qui, par conséquent, influent sur la façon dont la vieillesse sera vécue.

Parce qu'un recul important de deux des principales causes de décès a été enregistré au cours de la dernière décennie, le bilan de la lutte contre la mort peut être qualifié de positif. Mais désormais la médecine curative devra céder le pas à la médecine préventive sans quoi le problème des disparités ne pourra être résolu et la qualité de la vie des "survivants" en souffrira.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CONSEIL DE L'EUROPE, 1981. Nouvelles tendances de la mortalité en Europe, Etudes démographiques no 5, Strasbourg, Direction des Affaires économiques et sociales, 101 p.

DILLARD, S., 1983. Durée ou qualité de la vie? Collection: La santé des Québécois, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 70 p.

DUCIMETIERE, P., 1981. "Mortalité "prématurée" et longévité des personnes âgées. Quelques remarques épidémiologiques..." in: Institut national de la santé et de la recherche médicale, Colloque Santé publique et vieillissement, Paris, Les éditions INSERM, 215-227.

ROY, L., 1983. Des victoires sur la mort. Collection: La santé des Québécois, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 78 p.